

国立国際医療研究センター（戸山地区）見学申込書兼誓約書

国立国際医療研究センター 殿

貴センターの見学をさせて頂きたく、申し込みいたします。また、見学期間中は、次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 国立国際医療研究センターにおける規則及び指示に従うこと。
2. 見学を通じて知り得た患者の情報及び国立国際医療研究センターの業務上の情報について、見学時及び終了後も、秘密を保持すること。
3. 見学期間中の疾病及び事故については、個人の責任において対処すること。
4. 見学期間中に施設、器物等を毀損した際、損害を賠償する義務を負うこと。

➤ 必ず見学希望先部署の内諾をとってからお申し込みください。

（センター側で調整することは原則としてできません。）

➤ アテンド要員はいません。あらかじめ見学希望先部署と調整してください

所属団体名	
申込者氏名	
連絡先 (メールアドレス)	@
見学予定者の職種、 所属、職位及び氏名	※多人数の場合は様式2を提出すること。
見学予定日時	年 月 日 () 時 ~ 時まで
見学を希望する部署 対応者 ※事前に内諾をとってください。	
見学予定場所	
見学を希望する理由、 目的	
その他	

見学予定者一覧

国立国際医療研究センター 殿

別に提出しました、国立国際医療研究センター（戸山地区）見学申込書にかかる見学予定者は以下の通りですので、よろしくお取り計らいください。

No.	職種（ <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。）	所属・職位	氏名
記入例	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）	国際病院 院長	国際 太郎
1	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
2	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
3	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
4	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
5	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
6	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
7	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
8	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
9	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
10	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
11	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
12	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
13	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
14	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
15	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		